

Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenção psicológica nas consultas prévia e de controlo

IVONE PATRÃO (*)

GWEN KING (**)

MIGUEL ALMEIDA (***)

INTRODUÇÃO

A Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) é um procedimento efectuado em vários países, desde há vários anos, como é o caso da Rússia, Suécia, Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suíça, os primeiros países a legalizar o aborto. Em Portugal a IVG é efectuada desde 2007, após publicação da lei da Assembleia da República número 16/2007 de 17 de Abril.

Não existem investigações portuguesas quanto às possíveis implicações psicológicas da IVG, contudo, esta foi analisada em outros países, apresentando resultados pouco claros e não concordantes.

O que os vários estudos referem quanto à existência ou não de Síndrome Pós-Aborto (SPA) é ambivalente, embora todos afirmem que podem aparecer consequências psicológicas negativas como resposta emocional a situações de aborto, cuja intensidade e duração dependem de um diverso

número de condições. Esta discrepância de opinião também tem a ver com as diferentes posições: pró-vida e pró-aborto (pró-escolha) (Cosme & Leal, 1998).

Adler, David, Major, Roth, Russo e Wyatt (1992), negam a pouca probabilidade de que o aborto seja seguido de respostas psicológicas severas e que os aspectos psicológicos podem ser percebidos numa perspectiva de *coping* e *stress* normal mais do que através de um modelo psicopatológico. As mulheres que se apresentam com maior risco de ter respostas negativas abarcam aquelas que interrompem gravidezes desejadas e significativas, as que na interrupção da gravidez mostram falta de apoio do parceiro ou pais, as que têm maiores conflitos ou que se apresentam pouco seguras sobre a sua tomada de decisão, as que adiam até ao segundo trimestre e as que se culpabilizam pela gravidez.

As consequências psicológicas da IVG não devem ser vistas unicamente como resultado do acto de abortar. Na maioria dos casos, as consequências psicológicas da IVG tendem a ser mais positivas que negativas. Embora, algumas mulheres apresentem sentimentos como a tristeza, mágoa e angústia (Noya & Leal, 1998).

Num estudo norte-americano foi demonstrada uma associação entre stress pós-traumático e a IVG, afirmando que a interrupção pode aumentar o

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa; Centro Saúde de Odivelas. E-mail: ivone_patrao@ispa.pt

(**) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. E-mail: gwenok@hotmail.com

(***) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. E-mail: miguel.mendes.almeida@gmail.com

stress associado a estratégias de *coping* pouco adaptativas, particularmente nas mulheres que têm história de experiências traumáticas na infância (Rue, Coleman, & Rue Reardon, 2004).

Coleman, Reardon, Rue e Cougle (2002), revelam numa investigação, que o aborto induzido tem riscos significativos de episódios psiquiátricos. O estudo mostrou que num período de noventa dias após um aborto cerca de 63% das mulheres apresentavam maior probabilidade de receber tratamento psiquiátrico, do que as mulheres que levaram a gravidez até ao fim. Refere ainda que persistem, ao longo de quatro anos, taxas consideravelmente mais elevadas de tratamentos de saúde mental subsequentes, dos dados examinados para as mulheres que se submeteram a um aborto.

No entanto, para Russo e Zierk (1992), as consequências psicopatológicas da interrupção da gravidez encontram-se negativamente ligadas a uma auto-estima globalmente positiva, mais especificamente sentimentos de auto-valia, capacidade de não se sentir frustrada. Os recursos de *coping* da mulher ligados com o emprego, salário, e educação são muito mais valorizados para o seu bem-estar do que o facto de ter feito ou não um aborto.

Hemmerling, Siedentopf e Kentenich (2005) numa investigação, demonstraram que a IVG é uma solução positiva para uma gravidez indesejada, independentemente do método (cirúrgico ou medicamentoso), dado existir uma diminuição dos níveis de ansiedade depressão após a IVG.

“Neste sentido, tanto a IVG como a gravidez são *life events* que podem ser vistos como fonte de maturação e de crescimento pessoal, pelo que se torna pouco consistente a defesa da existência de um síndrome pós-traumático do aborto (SPTA), como sendo uma resposta emocional habitual da maioria das mulheres” (Noya & Leal, 1998, p. 432).

Dada a ambivalência de resultados em relação às consequências psicológicas da IVG parece necessário o desenvolvimento de novas investigações nesta área, principalmente em Portugal onde estes estudos são inexistentes.

LEGISLAÇÃO

O Referendo, no dia 11 de Fevereiro de 2007, concedeu a possibilidade aos Portugueses de darem a sua opinião em relação à despenalização do aborto. Tendo a maioria optado pelo sim, em Abril de

2007 foi decretada a nova lei pela Assembleia da Republica.

A lei da Assembleia da Republica número 16/2007 de 17 de Abril “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez” decreta no artigo 142.º do código penal que:

- Não é punível a interrupção voluntária da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida até as dez semanas de gravidez, e se houver motivo para prever que o bebé irá nascer com alguma doença ou malformação congénita incurável até as 24 semanas. O número de semanas de gravidez é comprovado através de ecografia ou por outro meio adequado;
- O consentimento é entregue pela mulher, quando em caso de a mulher grávida ser menor de dezasseis anos ou psiquicamente incapaz, o consentimento é prestado pelo representante legal sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data de intervenção;
- Os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, para além de consultas de ginecologia e obstetrícia, devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas.

PROCEDIMENTO

A consulta prévia

A consulta prévia realiza-se antes da interrupção da gravidez por opção da mulher e é obrigatória. Para a sua marcação, a paciente deverá dirigir-se a um estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido ou a um médico.

O objectivo desta consulta é:

- A mulher expor a sua intenção de interromper a gravidez, com a garantia de não sofrer qualquer tipo de pressões;
- Determinar o tempo de gestação e haver um esclarecimento relativamente a todo o processo;
- Dar a conhecer os métodos contraceptivos existentes e mais adequados a cada mulher;
- Ser entregue à mulher o impresso do Consentimento Livre e Esclarecido. O Consentimento

Livre e Esclarecido deverá ser lido, assinado e entregue ao médico até ao dia em que tiver lugar a interrupção da gravidez – é obrigatório um período de reflexão de três dias, entre a consulta prévia e a data da interrupção da gravidez. Nestes dias, a mulher pode solicitar o apoio de psicólogo ou de assistente social.

No final da consulta prévia será marcada uma nova consulta onde eventualmente será realizada a interrupção da gravidez (Direcção Geral de Saúde, 2007).

O método

A IVG é possível através de dois métodos, método medicamentoso e método cirúrgico.

Método medicamentoso

- Pode ser praticada até à nona semana de gravidez em regime de ambulatório, num estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido;
- Através deste método, a gravidez é interrompida através de medicamentos orais que consiste na toma de mifepristone e 36/48 horas mais tarde, a toma de prostaglandina;
- Os efeitos da interrupção medicamentosa da gravidez são semelhantes aos de um aborto espontâneo e incluem a hemorragia e dores abdominais ligeiras ou moderadas. Por vezes podem ocorrer náuseas, vômitos e diarreia. A hemorragia, como a de uma menstruação, dura no geral dez dias;
- Se este método falhar, o aborto terá de ser completado cirurgicamente;
- Este método não necessita de hospitalização, mas a toma dos comprimidos deve ser feita rigorosamente de acordo com a indicação médica (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Método cirúrgico

- Pode ser praticada até à décima semana de gravidez, e terá que ser feita num estabelecimento hospitalar oficial ou oficialmente reconhecido;
- Este método consiste na remoção do conteúdo uterino por aspiração ou corte;
- A intervenção pode ser realizada sob anestesia geral ou local, de acordo com a situação e a

opinião médica, com uma hospitalização de algumas horas;

- Na consulta prévia pode ser prescrita uma medicação para a preparação do colo do útero, esta deve ser utilizada no dia da intervenção, de acordo com as instruções dadas. Esse medicamento serve para facilitar a intervenção, tornando o colo do útero mais mole e dilatado, pelo que poderão ocorrer perdas de sangue (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Consulta de controlo

Caso o método de realização da interrupção da gravidez tenha sido o medicamentoso é imprescindível que a mulher seja observada 14 a 21 dias após estes procedimentos para confirmar se a interrupção da gravidez foi completa (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Nesta consulta de controlo, se a mulher não estiver ainda a usar um método contraceptivo, este é também o momento para se informar e iniciar a contracepção mais adequada ao seu caso. Nesta consulta será marcada uma consulta de planeamento familiar (Direcção Geral de Saúde, 2007).

Caso o método tenha sido cirúrgico, não é necessária a consulta de controlo mas é marcada uma consulta de planeamento familiar (Direcção Geral de Saúde, 2007).

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

A Psicologia da Saúde tem como principal objectivo, prestar cuidados aos sujeitos que recorrem aos serviços de saúde numa perspectiva ampla, isto é, tendo em conta que a personalidade, os acontecimentos de vida, os estilos individuais de lidar com a adversidade e outros factores psicológicos, podem influenciar o adoecer corporal, a evolução, prognóstico, tratamento e prevenção das doenças físicas (Carvalho Teixeira, 1993). Existem algumas estratégias genéricas de intervenção nos diferentes níveis: individual, familiar e contexto social.

Na intervenção psicológica na IVG, existem inúmeros aspectos a considerar, devendo as técnicas e métodos utilizados ser adequados à individualidade de cada paciente. É fundamental que a empatia esteja presente, em todo o processo da intervenção, sendo provavelmente uma das questões mais impor-

tantes, na medida em que é benéfico que a paciente encontre na consulta um espaço ausente de preconceitos, onde se sinta bem e confortável para expressar as suas emoções.

Bennett (2000), refere que o objectivo do psicólogo é providenciar um ambiente em que o indivíduo não se sinta julgado e se sinta livre para explorar novos modos de ser, num ambiente em que sinta uma atenção positiva incondicional.

Deste modo, a flexibilidade do psicólogo no processo de intervenção é crucial. Este tem de compreender e aceitar que vai acompanhar mulheres com diferentes níveis sociais, diferentes contextos e histórias de vida e com os mais variados motivos para a realização da IVG.

A intervenção psicológica no processo de interrupção de gravidez centra-se em dois momentos, na consulta prévia e na consulta de controlo, podendo a paciente continuar com o acompanhamento.

Intervenção na consulta prévia

Pode considerar-se que a intervenção na consulta prévia se divide em duas partes. Em primeiro lugar o psicólogo vai tentar perceber o motivo principal de ida à consulta de psicologia. Posteriormente, é importante informar em que pode consistir aquele espaço de ajuda, no qual se pode esclarecer dúvidas referentes ao procedimento e métodos da IVG, assim como as possíveis consequências físicas e psicológicas.

Por vezes a mulher pode recear as possíveis consequências fisiológicas que a interrupção da gravidez pode causar, e nestes casos é importante explicar o processo, bem como o que pode sentir. É importante demonstrar a disponibilidade dos técnicos para o esclarecimento de dúvidas e pedidos de informação adicional.

Zapian (1997, citado por Nodin, 2005) considera importante abordar a questão do método a utilizar para a realização da interrupção, com o objectivo de lidar com crenças e receios que possam existir sobre esse assunto, o que vai permitir a diminuição dos níveis de ansiedade da mulher.

Efectuar uma interrupção da gravidez, pode ser um processo difícil, são inúmeros os factores que influenciam a tomada da decisão, e por isso é importante falar abertamente sobre eles. Nestes poderão estar incluídos questões de carreira profissional, estabilidade financeira e de relacionamento, qualidade de relação, dimensão do agregado familiar,

idade, religião, opinião que tem em relação à própria interrupção, em relação aos métodos, a representação que tem do que é um feto e das consequências que poderá ter fisicamente e psicologicamente para si (Rivera, 1998).

Neste momento de tomada de decisão quanto à realização de uma IVG é importante colocar a mulher face à perspectiva futura da sua decisão, ou seja, facilitar no espaço de consulta a projecção da sua decisão para um cenário futuro.

Fisher, Castle e Garrity (1998) consideram importante utilizar algumas técnicas cognitivas nesta consulta. Por exemplo, caso haja conflito entre a escolha da mulher e a opinião de um familiar ou do companheiro pode-se utilizar o *role playing*, este poderá aumentar a sua confiança na tomada de decisão. Outra técnica que poderá ser utilizada é a imagética, onde a paciente visualiza o pior cenário, nessa visualização desenvolve-se diferentes estratégias para lidar com a questão, o terapeuta pode aí recorrer a técnicas de relaxamento e de auto-instrução (Serra, 2002). Outra técnica apontada por Fisher *et al.* (1998) é a disputa socrática. Esta técnica tem como objectivo guiar a pessoa na identificação, discussão e contestação dos seus próprios pensamentos irracionais, substituindo-os por pensamentos mais razoáveis.

No final da consulta é importante haver uma sumariação, que consiste numa síntese de tudo o que se falou na consulta, bem como de um esclarecimento quanto ao uso de contraceptivos, de modo a prevenir uma futura gravidez indesejada.

A abordagem na consulta prévia de todas estas questões poderá ajudar a paciente e lidar de forma mais tranquila com o processo da IVG e prevenir possíveis consequências psicológicas. Em caso de necessidade, a paciente pode solicitar mais do que uma consulta de psicologia, podendo mesmo esta ser aconselhada pelo psicólogo, se este considerar que não estão reunidas todas as condições, principalmente ao nível da consciência e segurança que a paciente apresenta em relação à tomada de decisão, para efectuar a interrupção.

Intervenção na consulta de controlo

Neste momento os técnicos deverão averiguar possíveis complicações físicas e reacções psicológicas negativas ao processo e, se necessário, realizar um encaminhamento para um apoio médico ou psicológico. Rivera (1998) refere mesmo a possibilidade

de a mulher poder desenvolver um luto patológico, não só pela perda do filho, mas também pela perda do papel de mãe. Neste caso será importante falar da sua perda.

A análise do estado emocional é, neste sentido, um ponto fundamental da consulta de controlo, na qual se tenta averiguar as possíveis alterações emocionais ou, em casos mais graves, indicadores de perturbação do stress pós-traumático.

Para que este processo decorra com eficácia, é importante que a paciente encontre na consulta de controlo um espaço empático onde possa expressar o que está a sentir e clarificar o sentido da IVG, sem medo de ser julgada.

Deverão, ainda, ser explorados os factores que provocaram a gravidez não desejada no passado e os recursos que a mulher dispõe no futuro, nomeadamente ao nível do suporte social, sendo de extrema importância maximizar as estratégias de *coping*.

Aquando da conclusão do processo propõe-se ainda trabalhar o planeamento familiar, com o intuito de prevenir riscos no futuro (Zapian, 1997, cit. in Nodin, 2005). Deste modo, assim como na consulta prévia, a temática da contracepção deve ser abordada, para que a paciente saiba qual a mais adequada no seu caso, de modo a prevenir uma futura gravidez indesejada.

Nesta consulta, em caso de necessidade, é disponibilizado à mulher a possibilidade de iniciar um processo psicoterapêutico.

CONCLUSÃO

Apesar das investigações feitas na área da IVG não serem claras quanto às possíveis consequências psicológicas, a IVG não deixa de ser para algumas mulheres um momento de muita tensão, stress e incerteza. É deste modo da responsabilidade de todos os técnicos envolvidos no processo de interrupção, acolher, aconselhar, informar, prevenir e encaminhar a mulher, nas mais diversas alterações psicológicas e físicas.

Considera-se necessário efectuar, não só estudos na área das consequências psicológicas, mas também investigações que abordem a temática da intervenção ao nível psicológico na interrupção da gravidez em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, Felipe, N. & Wyatt, G. E. (1992). *Psychological Factors in Abortion: A Review*. *American Psychologist*, 47 (10), 1194-1204.
- Assembleia da Republica, Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril, “exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez”.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Carvalho Teixeira, J. A. (1993). *Psicologia da Saúde e SIDA*. Lisboa: ISPA, colecção Estudos 2.
- Coleman, P. K., Reardon, D. C., Rue, V. M., & Cogle, J. (2002) State-funded abortions versus deliveries: A comparison of outpatient mental health claims over 4 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72 (1), 141-152.
- Cosme, M., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez e distúrbio pós-traumático de stress. *Análise Psicológica*, 16 (3), 447-462.
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Interrupção da Gravidez por Opção da Mulher: Guia Informativo*. Consultado em 24 de Maio de 2007 através de www.dgs.pt
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Interrupção medicamentosa da gravidez*. Consultado em 24 de Maio de 2007 através de www.dgs.pt
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação*. Consultado em 24 de Maio de 2007 através de www.dgs.pt
- Fisher, B., Castle, M. A., & Garrity, J. M. (1998). A cognitive approach to patient-centered abortion care. In L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.), *The civil war: The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 301-327). Washington: APA.
- Hemmerling, A., Siedentopf, F., & Kentenich, H. (2005). Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: A German experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26 (1), 23-31.
- Nodin, N. (2005). Intervenção em Psicologia da Sexual e Reprodutiva. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 127-145). Lisboa: Fim de Século.
- Noya, A., & Leal, I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso Psicológico?. *Análise Psicológica*, 16 (3), 431-439.
- Rivera, M. J. (1998). Abortion issues in Psychotherapy. In L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.), *The civil war: The psychology, culture, and politics of abortion* (pp. 329-352). Washington: APA.
- Rue, V. M., Coleman, P. K., Rue, J. J., & Reardon, D. C. (2004). Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit*, 10, SR5-S16.
- Russo, N. F., & Zierk, K. L. (1992). Abortion, Childbearing and Women's Well-Being. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23 (4), 269-280.

RESUMO

Em Portugal a interrupção voluntária da gravidez é realizada desde 2007, após publicação da lei da Assembleia da República número 16/2007 de 17 de Abril. Não existem investigações portuguesas quanto à possível conduta psicopatológica da IVG, contudo, esta foi analisada em outros países. Apesar dos resultados serem pouco claros e não concordantes, é sabido que este é um momento delicado da vida de uma mulher podendo gerar nesta um variado leque de sentimentos.

Na legislação em vigor, o processo de uma IVG inclui a possibilidade de apoio psicológico à mulher, tanto na consulta prévia, como na consulta de controlo. Neste processo de apoio é essencial que haja empatia, ausência de preconceito e flexibilidade por parte do psicólogo. Tendo em conta a especificidade deste momento, é necessário que o psicólogo dê a conhecer à mulher todo o processo, assim como as possíveis consequências envolvidas. É importante que o psicólogo acompanhe a mulher na sua tomada de decisão assim como em eventuais sentimentos que esta pode desenvolver ao longo de todo o processo como o medo, a dúvida, a ansiedade, a culpa, o luto. É também imprescindível que a temática de contraceção e de planeamento familiar seja discutida com a paciente.

Esta consulta poderá ajudar a mulher a lidar com todo o processo de IVG, e com os seus sentimentos, assim como evitar consequências mais graves a nível psicológico.

ABSTRACT

Legal Abortion in Portugal is possible since 2007, after the 16/2007 law approval on April 17 by the Portuguese assembly.

There are no Portuguese investigations concerning to psychological consequences of an abortion, yet they where developed in other countries.

Despite the unclear and inconsistency conclusions it's known that this is a delicate moment in a woman's life and it can generate a varied type of feelings.

In the present legislation, the abortion process includes the possibility of psychological support, both in the prior appointment as in the control appointment.

In these sessions, the psychologist has to be flexible, free of preconception and has to develop empathy. Due to the specificity of this moment it is necessary that the psychologist informs the patient about the process and the possible consequences of it. It is important that the psychologist supports the woman in her decision making and in eventual feelings she may develop during this process like fear, doubt, anxiety, guilt, and mourning. It's also vital that issues like contraception and family planning are discussed with the patient.

These sessions can help women to cope and deal with the procedure and her feelings and prevent psychological consequences.

Key words: Abortion, emotional impact, psychological intervention.